

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA CUNHA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - UM PROJETO DE IMPLANTAÇÃO EM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CURITIBA
2010

ANA PAULA CUNHA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - UM PROJETO DE IMPLANTAÇÃO EM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Projeto Técnico apresentado
à Universidade Federal do
Paraná para obtenção do
título de Especialista em
Gestão Pública.
Orientador: Prof. Acyr Seleme

Curitiba
2010

RESUMO

Anotações de enfermagem - um projeto de implantação em centro de terapia intensiva de hospital universitário.

Este estudo teve como objetivo buscar a padronização das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes do centro de terapia intensiva de um hospital universitário, utilizando como meio um levantamento bibliográfico sobre as diretrizes aplicáveis em anotações de enfermagem, bem como seus aspectos éticos e legais e um instrumento norteador desenvolvido para ficar nas pranchetas dos pacientes, o qual servirá de guia durante a realização das anotações diariamente. Para a implementação, sugeriu-se um cronograma de treinamento das enfermeiras da unidade, para subsequente treinamento das equipes. Entendendo que a comunicação é uma habilidade imprescindível no cotidiano hospitalar e que as anotações de enfermagem utilizam essa habilidade para transmitir mensagens claras e objetivas que garantam o acesso de toda a equipe, este projeto traz uma reflexão sobre a maneira como esses profissionais estão realizando os registros de enfermagem e como deveriam realizar. Espera-se que com as mudanças propostas haja redução nos déficits informativos e qualidade no planejamento do cuidado do paciente.

Palavras-chave: enfermagem, anotação, comunicação.

SUMÁRIO

RESUMO	lii
1 INTRODUÇÃO	01
2 JUSTIFICATIVA.....	03
3 OBJETIVOS.....	04
3.1 OBJETIVO GERAL	04
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	04
4. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	05
4.1 A COMUNICAÇÃO COMO SUPORTE NA ASSISTÊNCIA.....	05
4.2 ASPECTOS LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	09
4.3 ESTRUTURA E CARACTERÍSTICAS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	12
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	17
5.1 TIPO DE ESTUDO	17
5.2 O CENÁRIO DO ESTUDO – HC-UFPR.....	18
5.3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	20
5.4 IMPLEMENTAÇÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	31
APÊNDICE I	32
APÊNDICE II.....	33

1. INTRODUÇÃO

O cuidado hospitalar, especialmente em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) depende essencialmente da interação da equipe multiprofissional. Cada profissional que executa seu trabalho depende da ação do outro e das informações que este lhe fornece.

Nesse ambiente, a enfermagem é o grupo profissional que passa mais tempo com o paciente e por isso levanta a maior parte de dados. Sendo assim, em seus registros, e especialmente em suas anotações é muito importante que esses dados constituam informações que se tornem base para o planejamento do cuidado do paciente.

Os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis na comunicação entre a equipe multiprofissional de saúde. Nesses registros, todas as informações do paciente são depositadas, os acontecimentos, procedimentos, intercorrências e evoluções, constituindo meio de comunicação escrita formal.

Nesse contexto, entende-se que a anotação de enfermagem é um dos registros mais importantes no prontuário do paciente, constituindo comunicação escrita formal e legal, além de ser rica fonte de informações sobre o estado geral do paciente.

Assim, pode-se dizer que se não há uma anotação clara, bem escrita e completa, o processo de cuidar fica comprometido, visto que a equipe precisa ter uma continuidade no trabalho e os cuidados futuros que serão prescritos terão por base as informações contidas nas anotações anteriores.

Conforme Carpenito (1999), historicamente, a enfermagem tem apresentado problemas com o registro de seu processo de trabalho; apesar de a documentação da enfermagem ter, certamente, aumentado nos últimos anos, o mesmo não pode ser dito sobre a qualidade da informação documentada.

Observa-se com frequência que a equipe de enfermagem se limita a fazer o registro de dados vitais e observações muito resumidas, bem como apresenta dificuldades na organização da escrita.

Problemas de comunicação interdisciplinar são freqüentemente identificados pelos profissionais de enfermagem em centros de terapia intensiva. Os registros de enfermagem são sucintos e, por vezes, não atendem às necessidades de toda a equipe multiprofissional, por não conter informações suficientes para uma avaliação adequada do cuidado. Tais problemas trazem como consequência um déficit de informações sobre o estado do paciente, podendo prejudicar o planejamento do cuidado e adiar a sua recuperação.

Assim, esse trabalho estabelece diretrizes para anotações de enfermagem eficazes específicas para o centro de terapia intensiva de um hospital universitário de grande porte, tendo em vista a importância da comunicação interdisciplinar de qualidade e sua influência para um cuidado bem planejado.

2. JUSTIFICATIVA

A comunicação é um fator de extrema importância no ambiente hospitalar e a equipe de enfermagem tem participação imprescindível nesse contexto, principalmente por ser o profissional que acompanha o paciente durante todo o período de internação. Assim, esses profissionais precisam garantir que toda informação esteja acessível para a equipe multiprofissional.

Esse estudo justifica-se por contribuir no desenvolvimento do processo de comunicação da equipe interdisciplinar, e da equipe de enfermagem enquanto categoria profissional, e por proporcionar meio para um cuidado melhor subsidiado em seu planejamento.

Além disso, como a organização e comunicação formal da unidade constituem áreas de cuidado do gestor, o desenvolvimento do projeto aponta para a proposta do curso.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Buscar padronização nas anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes do Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da UFPR

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propor um instrumento norteador para as anotações de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da UFPR
- Levantar referencial teórico coerente sobre a prática ideal da anotação de enfermagem
- Estimular reflexão da equipe de enfermagem sobre seu processo de trabalho e a necessidade do registro dele.
- Promover processo de educação continuada sobre o tema “anotação de enfermagem” com a equipe de enfermagem

4. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

4.1. A COMUNICAÇÃO COMO SUPORTE DA ASSISTÊNCIA

A comunicação é o meio através do qual as pessoas interagem umas com as outras, transmitem suas idéias, seus ideais. Representa troca de informação entre as pessoas, para que fatos, pensamentos e valores sejam transmitidos (OLIVEIRA, et al, 2005). Ou seja, trata-se de um processo de emissão e recepção de mensagens.

No âmbito hospitalar, essa troca de informações e experiências também acontece, seja de maneira sistematizada ou não. E, segundo Dobro et al (1998), se a comunicação for percebida como processo e os profissionais desta área desenvolverem domínio na habilidade de se comunicar, esse processo poderá ser um instrumento facilitador da assistência, onde as necessidades dos pacientes serão mais atendidas, por serem mais observadas e compreendidas pelos profissionais de saúde.

Na Enfermagem, a capacidade de se comunicar deve ser praticada diariamente, pois para uma assistência de qualidade e excelência a comunicação se faz um instrumento básico de trabalho, no contato com o paciente, com a equipe e familiares (FERREIRA et al, 2009).

Ainda para Oliveira (2005) na enfermagem é imprescindível desenvolver habilidades de comunicação, pois os enfermeiros devem ser capazes de observar e compreender as mensagens verbais e não-verbais dos pacientes e de sua equipe para poder elaborar um plano assistencial adequado, que

atenda as necessidades específicas de cada doente, promovendo a qualidade da assistência.

Conforme já dito anteriormente, essa comunicação pode ser verbal ou não verbal, onde nos interessa nesse estudo a comunicação escrita, uma forma de comunicação feita através do prontuário do paciente.

Massad (2003) diz que o objetivo do Prontuário do paciente é armazenar eventos clínicos sobre um indivíduo de forma que todos os profissionais de saúde acessem as mesmas informações. Um prontuário deve conter todas as informações pertinentes ao estado de saúde do indivíduo e toda a equipe tem a responsabilidade de registrar com fidelidade essas informações.

Dessa maneira, Santos e Nóbrega (2004) destacam que a informação é fundamental para a assistência e o gerenciamento do cuidado, pois o profissional irá se apoiar em informações clínicas para a tomada de decisão e resolução de problemas de saúde do paciente.

Os registros realizados em um prontuário são fonte inestimável de dados. Tem o poder de informar todos os membros da equipe sobre o estado do doente, além de possibilitar o ensino, pesquisa, a realização de auditoria e de processos legais (DALRI, 1999). Esses registros podem ser a descrição de procedimentos realizados ou de acontecimentos durante um período. Devem ser claros, objetivos, completos.

As anotações de enfermagem são parte do prontuário do paciente. Oguisso e Schmidt (2007) ressaltam que elas seriam o registro das observações feitas sobre o estado do doente, da execução das prescrições

médicas e de enfermagem e outros cuidados. São os relatos dos acontecimentos diários do paciente, visto que a enfermagem é a categoria profissional que permanece ao lado do paciente por maior parte do tempo.

Ainda conforme Brunner e Suddarth (2002), as anotações de enfermagem servem como registro legal e comercial para o órgão de tratamento de saúde e para a equipe profissional responsável pelo cuidado do doente, como subsidio para avaliar a qualidade e a adequação do cuidado, beneficiando a educação, pesquisa, e o planejamento da equipe de longo e curto alcance.

Assim, percebe-se que a finalidade das anotações de enfermagem é, essencialmente, informar sobre a assistência prestada, comunicar toda a equipe sobre o estado do doente e os seus acontecimentos pertinentes e de garantir a continuidade do atendimento pela segurança dessa comunicação (GONÇALVES, In CIANCIARULLO, 2001).

É importante ressaltar que dentro de um serviço de saúde, especialmente em um CTI, indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras são limitadas no atendimento das demandas dos doentes, o que coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental (Peduzzi e Ciampone, in Kurcgant, 2005), e implica as anotações de enfermagem como colaborador no direcionamento multiprofissional, ou seja, na preocupação de fornecer dados para toda a equipe.

Para Andrade (2004) os dados de enfermagem bem registrados se constituem em comunicação eficiente e garantem a diferença na assistência,

tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional, além da instituição como um todo e da própria categoria profissional.

Reitera, portanto, que as anotações de enfermagem bem realizadas diminuem o risco de descontinuidade da assistência, proporcionando eficácia e qualidade do cuidado. Gonçalves (2001) concorda quando diz que os dados produzidos pela anotação de enfermagem subsidiam o enfermeiro –e toda a equipe- na decisão das condutas a serem implementadas. Sendo assim, se esses dados não estiverem fidedignos, os problemas poderão ser super ou subvalorizados, pois os parâmetros de análise não serão concretos.

Conforme Carvalho apud Fávero (2005) a comunicação escrita precisa ser compreendida por quem a recebe sem o auxílio de quem a emite, o que reforça a necessidade de ser compreensível e expressa de maneira inteligível. Nesse mesmo entendimento, as anotações de enfermagem precisam ser mensagens compreensíveis a todos que a acessam, sem a presença de quem as escreveu, o que reforça a importância da clareza e objetividade.

Isso porque essas informações referentes a ações e observações realizadas pela equipe de enfermagem subsidiam a gerência do cuidado e a avaliação da qualidade da assistência (SANTOS, PAULA E LIMA, 2003). Além disso, trata-se de uma fonte de informação para todos os profissionais de saúde sobre o estado geral do paciente, a evolução do seu tratamento e os resultados apresentados.

Setz e D’Innocenzo (2009) reiteram que a qualidade dos serviços de enfermagem não depende apenas da formação desses profissionais, do processo de restauração da saúde dos doentes ou mesmo da melhoria de suas

condições de vida, das orientações de autocuidado, de simplificações e segurança na assistência prestada, mas também do resultado do produto hospitalar, o qual é medido por meio da qualidade da documentação produzida, o que inclui todos os registros da equipe de enfermagem. Assim, para esses autores, a qualidade da assistência e até mesmo a produtividade do trabalho é refletida na qualidade dos registros realizados.

Além disso, esses registros possibilitam uma avaliação do cuidado e subsidiam novas ações e condutas organizacionais, visando melhoria de resultados operacionais e práticas assistenciais sempre atualizadas.

Campeldelli e Castilho (1989) ressaltam que boas anotações constituem fonte de informação valiosa para toda a equipe, dispensa repetição de perguntas ao paciente, garante sua segurança e a base da continuidade do tratamento. Assim, caracteriza-se a anotação de enfermagem como um alicerce no cuidado do paciente, instrumento fundamental no processo da assistência hospitalar.

4.2. ASPECTOS LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (2009), “Os Registros de Enfermagem, além de garantir a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, pois constituem o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao paciente.” Portanto, o profissional de enfermagem poderá ser implicado ética e/ou criminalmente em caso de ações incorretas. Se em algum momento ele causar

dano ao paciente, terá que responder por suas ações. Para sua defesa poderá utilizar seus registros como meio de prova.

É importante lembrar que é uma obrigação legal realizar todos os registros de acontecimentos com o paciente em âmbito hospitalar. Conforme o artigo 14, inciso 2 da Lei 7.498/ 86 que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem, é de incumbência de todo profissional de enfermagem anotar no prontuário do paciente todas as atividades de assistência de enfermagem; e segundo a Resolução COFEN 311/07 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é responsabilidade e dever “ registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa” (art. 72).

Por isso a coesão e a coerência são características tão importantes nas anotações de enfermagem. Nunca se pode esquecer do valor jurídico desse documento e da responsabilidade do que nele é escrito. Assim, o registro deve conter início, meio e fim, sem contradições, direcionando a equipe multiprofissional a sistematizar a assistência prestada.

Ou seja, manter credibilidade profissional implica em anotações de enfermagem com conteúdo técnico, consistência, informação substancial, objetividade e clareza. É também necessário que esses registros sejam realizados imediatamente após a tomada de providências ou realização de procedimentos, garantindo um registro fidedigno, pois as circunstâncias ainda se encontram vivas na memória do profissional (Oguisso e Schmidt, 2007). Por isso percebe-se que anotações resumidas, como as que são realizadas apenas

no final de um plantão ou turno não demonstram a multiplicidade dos atos, condutas e cuidados realizados.

Além disso, sabemos que é possível gerenciar qualquer unidade hospitalar seguindo normas, rotinas e protocolos, atendendo os objetivos da instituição, atendendo o cliente de maneira satisfatória e garantindo a qualidade do serviço. Porém, segundo Coelho et al (2007), se há falhas na elaboração dos registros, todo esse esforço para manter um padrão de qualidade perde o seu valor legal, pois a ausência de meios mensuráveis acarretará numa avaliação errônea da assistência, visto que esses registros constituem evidência sólida do padrão de atendimento prestado ao cliente.

Portanto, o que está documentado aconteceu e pode ser avaliado. Baumann (1999) entende que a conduta do profissional de enfermagem exige formalização, a qual é realizada, principalmente, por meio das anotações no prontuário do paciente. Toda essa documentação produzida representa a força de trabalho dessa categoria profissional, o que possibilita a verificação dos resultados obtidos com o cuidado prestado (SEGUI, 2005).

Kron e Gray (1994) reforçam que é no prontuário do paciente que são encontradas as informações escritas sobre todo o atendimento e tratamento hospitalar, documentação importante em questões judiciais e determinantes em decisões de litígio.

Nesse contexto, Mamede, Carvalho e Cunha (1984) salientam que as anotações de enfermagem não devem conter rasuras, bem como não se pode deixar linhas em branco entre duas anotações. Segui (2005) concorda ao dizer que os aspectos legais das anotações de enfermagem são salvaguardados

quando estas estão datadas, assinadas e livres de rasuras, fatores que garantem sua autenticidade e legitimidade.

Segundo o Manual de Anotações de Enfermagem do HC (2001), o dia subsequente pode continuar no mesmo documento, porém deve-se iniciar uma nova linha. Caso a opção seja iniciar um novo impresso, deve-se anular as linhas que não foram utilizadas, traçando linhas diagonais.

A assinatura deve constar sempre que realizar um registro, com nome de forma legível e com o número do registro no conselho profissional. Mamede, Carvalho e Cunha (1984) salientam que apenas quem executou a ação que pode assinar a anotação e o Código de ética dos Profissionais de Enfermagem, no art. 64 declara a proibição de assinar qualquer ação que não tenha executado, bem como permitir que qualquer outro profissional assine as ações que executou, caracterizando essa prática como falsidade ideológica (Baumann, 1999)

4.3. ESTRUTURA E CARACTERÍSTICAS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Leifert e Kanazawa (2000) relatam que o registro das ações desenvolvidas durante a jornada de trabalho demandam conhecimento técnico-científico. Ao realizar as anotações de enfermagem os profissionais de enfermagem devem saber o que anotar, onde, quando, como para quê e quem deve anotar, de maneira a documentar as observações realizadas sobre o estado do doente.

Como estrutura documental, os profissionais devem obedecer algumas normas durante as anotações de enfermagem, como: preceder toda a anotação de horário, realizar anotações completas e objetivas, evitando dupla interpretação. Toda anotação deve ser feita imediatamente após o acontecimento e precisa ficar claro se a informação vem de uma observação do profissional que anota ou fornecida pelo doente ou familiar. Abreviações permitidas são apenas as já padronizadas. No final da anotação devem assinar, escrever o nome, e número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem. (CAIXEIRO, DARGAM E THOMPSON, 2008).

O manual de Anotações de Enfermagem do HC (2001) recomenda que em caso de erro percebido no momento da escrita deve-se escrever a palavra “digo” entre vírgulas e continuar a anotação. Se o erro for percebido apenas mais adiante, deve-se colocar a palavra ou sentença entre parênteses, e escrever a palavra “nulo” na próxima linha vaga, e indicar a página, linha e data do erro.

O artigo 7 do Conselho Regional de Enfermagem (COREN SP, 2001) determina que os registros de enfermagem devem ser realizados à tinta e segundo o Segui (2005) se deve utilizar caneta azul ou preta para anotações durante o dia e vermelha durante a noite.

Além disso, deve-se evitar termos amplos, como “alimenta-se bem” ou “apresentou pouca tosse”, todas as informações devem ser objetivas, com quantificações mensuráveis, evitando informações supérfluas, frases longas e vagas (Alfaro-Lefreve, 2000). Registrar todas as informações pertinentes, indicar corretamente o local de dor ou ferimento, nunca fazer suposições ou

análises sobre os dados (a análise cabe ao enfermeiro na evolução de enfermagem), a anotação de enfermagem tem como objetivo apenas a descrição dos fatos.

Assim, os dados das anotações de enfermagem são pontuais, referem-se a acontecimentos de cada momento do dia do doente. O processamento desses dados serão feitos pelos enfermeiros, médicos e outros profissionais no planejamento e avaliação do cuidado.

O Conselho Federal de Enfermagem, no parecer 128/97, orienta seguir os seguintes critérios:

- Exatidão: os fatos ocorridos devem ser registrados com precisão e as observações feitas devem ser anotadas de maneira exata e específica.
- Brevidade: registro objetivo, preciso e completo.
- Legibilidade: anotar sempre com caneta, de forma nítida, legível e sem rasuras.
- Identificação: ao final da anotação sempre deve constar o nome do profissional seguido do número do registro no conselho.

Kron e Gray (1994) enfatizam que um registro breve e direto podem esclarecer muitas informações, onde as palavras usadas precisam ser compreensíveis e expressar seu significado de forma simples e pertinente.

No cotidiano hospitalar, percebe-se que as anotações de enfermagem carecem de sistematização tanto em termos de apresentação (estética da

redação), estrutura e de conteúdo (Matsuda, et al, 2006). Sobre o conteúdo (objetividade, clareza, descrição de um fato ou realização de procedimentos relacionados com o paciente, erros de grafia e uso de siglas e abreviações não padronizadas), também não correspondem com a indicação de adequado sugerido na literatura.

Muitos autores criticam a pobreza do conteúdo das anotações de enfermagem. Oguisso e Schmidt (2007) percebem um “vazio” na significação do conteúdo escrito em relação ao complexo processo de cuidar. Dizem que os registros de enfermagem ficam muito aquém da realidade que deveriam representar, e o trabalho cotidiano da enfermagem é reproduzido apenas em parte.

Ochoa-Vigo et al (2001) concorda quando diz que as anotações de enfermagem pouco demonstram resultados satisfatórios em relação a qualidade da assistência prestada ao paciente, na medida em que essas anotações expressam principalmente o cumprimento das prescrições médicas e a execução de tarefas e atividades rotineiras, apresentando conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos.

Segundo Baudassani (1990), os auxiliares e técnicos de enfermagem demonstram certo descaso com as anotações de enfermagem que pode ser atribuída à falta de preparo e de informação. A ausência do hábito da leitura e da escrita também aparece como fator contribuinte, onde é preferido a omissão à tentativa de redigir dados ou anotar uma observação. Sem contar o problema qualitativo da caligrafia, que compromete inúmeras vezes os relatórios tornando-o ilegível.

Dalri (1999) apresenta como fatores resistentes a uma boa documentação a inflexibilidade dos sistemas e a falta de tempo, os quais caracteriza como fatores extrínsecos. A pouca confiança nas expressões escritas, tendências a realizar anotações padrão ao invés de registrar todas as ocorrências e dificuldades em articular sobre a natureza de sua prática profissional são caracterizados como fatores intrínsecos. Ainda lembra que uma ação não registrada legalmente não foi realizada.

Por isso Caixeiro, Dargam e Thompsom (2008) recomendam ao pessoal de enfermagem ampliar o hábito da leitura científica, com o intuito de melhorar a qualidade das anotações de enfermagem, para que estas sejam claras e objetivas, considerando o aspecto legal, a redação e a ortografia, valorizando a interação multidisciplinar.

Gonçalves (2001) destaca como estratégia de desenvolvimento para uma boa anotação de enfermagem um treinamento teórico-prático de português e caligrafia e anotações de enfermagem com conteúdo normativo específico, diretrizes que subsidiem a prática diária. Ressalta que a supervisão direta do enfermeiro diariamente, tanto dos registros quanto da assistência prestada é o que pode garantir a qualidade de toda essa prática profissional. Kurcgant (1991) orienta prender-se aos fatos quando for anotar, evitar julgamentos pessoais e ser específico.

Também se faz necessária a educação continuada nos serviços de enfermagem como estratégia para promover a atualização dos profissionais e a melhora da qualidade dos registros e da assistência (DALRI, 1999).

5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um trabalho descritivo, que aborda a anotação de enfermagem como temática relevante de estudo. A definição do tema e abordagem foi feita através de observação direta da necessidade do setor nessa área e delimitada em conjunto com a chefia da unidade. Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico que embasa o caráter intervencionista deste estudo.

O levantamento de dados foi realizado por meio de uma busca bibliográfica nas seguintes bases de dados: Bireme, Lilacs, BDENF, livros e periódicos do acervo da Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, e no site oficial do Hospital de Clínicas da UFPR. A pesquisa bibliográfica pode ser considerada um procedimento formal com um método de pensamento reflexivo, que constitui caminho para se conhecer a realidade, e para LAKATOS, 2001, p. 43 “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”.

Além do levantamento bibliográfico, esse estudo propõe a implementação de medidas, o que o caracteriza como um projeto de intervenção, com o objetivo de provocar mudanças no ambiente organizacional.

5.2. O CENÁRIO DO ESTUDO – HC-UFPR

O Hospital de Clínicas da UFPR - Universidade referência para todo Brasil - atende pacientes de quase todos os estados do país e até do exterior, sendo considerado um dos seis maiores hospitais gerais universitários do Brasil (CUNHA, 2007)

Atualmente, realiza uma média de 60.000 atendimentos ao mês, em 59 especialidades clínicas e cirúrgicas, contando com um corpo de mais de 3.000 funcionários, além de cerca de 260 docentes e 250 residentes multiprofissionais (ASSESSORIA DE MARKETING HC-UFPR, 2010)

Apresenta um modelo gerencial inovador, baseado em um sistema de unidades funcionais, que tem por alicerce a gestão democrática e participativa, baseada na descentralização das decisões e na co-responsabilidade do corpo funcional. Nesse cenário, encontra-se a Unidade Funcional de Urgência e Emergência, administrada por um gerente, supervisores e um colegiado interno. É composta por três setores: Pronto Atendimento, Centro de Terapia Semi-Intensiva e Centro de Terapia Intensiva.

O Centro de Terapia Intensiva, foco deste estudo, tem por missão proporcionar condições para a assistência de qualidade a doentes críticos, atendendo as necessidades do cliente de forma humanizada e garantindo campo para ensino e pesquisa.

Possui quatorze leitos individualizados e o cuidado direto ao paciente é realizado em sua maioria por auxiliares e técnicos em enfermagem que desempenham as mesmas tarefas na assistência ao paciente, não havendo, na

prática, diferenciação entre essas duas classes profissionais. Diferenciam-se apenas do enfermeiro, que desempenha papel assistencial-gerencial, executando cuidados de maior complexidade ao paciente e exercendo as funções de caráter gerencial e administrativo.

Além da enfermagem, a assistência ao paciente crítico é realizada por uma equipe multiprofissional extensa, composta por médicos professores, plantonistas e residentes, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

No momento, com a introdução da residência multiprofissional e o conseqüente aumento da relação interdisciplinar, a comunicação entre a equipe é fator essencial para que o processo de trabalho se desenvolva com qualidade, e as estruturas de comunicação formal tem sido reformuladas.

Pioneiro em Sistema de Informações Hospitalares, o Hospital de Clínicas implantou em 1991 o Plano Assistencial de Enfermagem informatizado, um tipo de sistema padronizado de registro de prontuário. Com o tempo, o sistema ficou desatualizado e sua utilização inadequada, o que gerou uma mobilização da Direção de Enfermagem do HC em conjunto com o Departamento de Enfermagem da UFPR para uma reciclagem e reestruturação do Processo de Enfermagem (SEGUI, 2005).

Assim, em 2001 foi criado um Manual de Anotações de Enfermagem, com orientações para todas as equipes de enfermagem do Hospital de Clínicas com o objetivo de padronizar suas anotações sem interferir nas particularidades para melhorar o cuidado prestado ao cliente (SUAREZ et al, 2001).

Apesar de todo o processo de treinamento sobre essa Padronização das Anotações de Enfermagem, conforme Suarez et al (2000), inúmeros problemas persistiram, no que diz respeito a elaboração das anotações de enfermagem.

Segui (2005), em seu estudo com anotações de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva de hospital universitário relata que as orientações do Manual de Anotações de Enfermagem não são seguidas de maneira adequada e que há necessidade de educação continuada.

5.3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para uma mudança no processo de comunicação escrita realizado no Centro de Terapia Intensiva-HC é proposto um instrumento norteador de anotação de enfermagem com diretrizes básicas que garantem a qualidade das informações registradas e o conseqüente acesso garantido de toda a equipe ao estado geral dos pacientes proporcionando o planejamento adequado do cuidado.

Para tanto, foram respeitadas as normas técnicas e legais que regem o exercício profissional e o documento oficial do Hospital de Clínicas – o Manual de Anotações de Enfermagem – para o desenvolvimento do modelo em questão.

Nesse contexto apresenta-se as diretrizes para o registro das anotações, que podem ser divididas em três categorias: admissão, alta (transferência ou óbito) e diária. Deve-se ressaltar que a unidade já dispõe de documento próprio, com a identificação do nome e registro do paciente para o registro

dessas anotações, além de local apropriado para o registro dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e outros), balanço hídrico e escala de coma de glasgow

Nesse modelo proposto será abordado apenas o conteúdo da descrição da anotação, apresentado a seguir. O instrumento norteador encontra-se em anexo, visto que será utilizado como guia prático na rotina dos profissionais de enfermagem, ficando fixado nas pranchetas de anotação para consulta.

1. Anotação de Enfermagem de Admissão

A anotação de admissão do paciente deve ser feita logo após o recebimento e alocação do paciente no leito. Deve conter:

- Horário da admissão
- Condições em que ele chegou: meio de transporte (maca, cadeira de rodas, deambulando, etc.), unidade de origem (Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Unidades de Internação)
- Nível de consciência: encontra-se acordado, confuso, sonolento, torporoso, sedado ou em coma
- Estado geral: respira espontaneamente ou está intubado, necessita de oxigenoterapia (névoa, cateter nasal, ventilação não invasiva), presença de dispositivos como sondas e cateteres
- Sinais e sintomas observados: cianose, palidez cutânea, dor, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão, sangramentos, etc.
- Feridas e incisões cirúrgicas: presença, localização e caracterização de feridas e/ou do curativo cirúrgico
- Condições de higiene

- Procedimentos e/ou cuidados realizados: sondagem, punções, intubação, etc.
- Assinatura com registro no conselho de enfermagem

2. Anotação de Enfermagem de Alta

Deve ser realizada antes de realizar a transferência do paciente para o setor de destino (enfermaria ou necrotério).

Deve conter:

- Horário de transferência
- Setor de destino e forma de transporte (maca, cadeira de rodas, deambulando, etc.)
- Nível de consciência: encontra-se acordado, confuso, sonolento ou torporoso.
- Estado geral: apresenta necessidade de oxigenoterapia (névoa, cateter nasal, ventilação não invasiva), presença de dispositivos como sondas e cateteres.
- Feridas e incisões cirúrgicas: presença, localização e caracterização de feridas e/ou do curativo cirúrgico
- Condições de higiene
- Procedimentos realizados e/ou orientações prestadas.
- Em caso de óbito, o registro deve conter as condições em que o óbito ocorreu (parada cardiorrespiratória, morte encefálica), a assistência prestada (reanimação cardíaca, teste de apnéia), o tempo dos procedimentos e quem constatou o óbito.
- Assinatura com registro no conselho de enfermagem

3. Anotação de Enfermagem Diária

Esta é a anotação de rotina, realizada diariamente pelo auxiliar/técnico de enfermagem que presta a assistência de enfermagem ao paciente.

Nesse modelo propõe-se uma anotação para o início do plantão, onde o profissional deve registrar o estado geral do paciente, ou seja, a maneira como ele se encontra naquele momento. No restante do plantão serão registradas as intercorrências ou mudanças ocorridas em seu estado, de acordo com o horário em que ocorreram.

Deve conter informações sobre:

- Dieta: tipo (geral, pastosa, hipossódica, etc.), aceitação (total ou parcial), via de alimentação (oral, sonda nasogástrica, jejunostomia, etc.), presença de vômitos, estase gástrica, dificuldades de deglutição; cuidados prestados na administração da dieta.
- Eliminações: presença e caracterização da diurese, via de eliminação (sonda, dispositivo para coleta urinária, comadre, etc.), presença de anormalidades; episódios de evacuação, quantidade e características.
- Higienização: tipo de banho (imersão, aspersão ou de leito), higiene específicas (íntima, oral) e motivo da realização (rotina ou necessidade específica).
- Dispositivos: presença de dispositivos (acessos venosos e/ou arteriais, drenos, cateteres, sondas), local de inserção,

aspecto da pele ao redor, aspecto do dispositivo, aspecto de drenagens, presença de anormalidades.

- Mudança de decúbito: posição colocada (dorsal, lateral, ventral), medidas de proteção (coxins, hidratação), aspecto da pele.
- Feridas: presença, localização e aspecto, tipo (limpa, contaminada, cirúrgica, úlcera, etc.), tipo de curativo realizado, aspecto da secreção presente.
- Dor: presença e localização, intensidade referida, providências tomadas.
- Intercorrências: descrição do fato, sinais e sintomas observados, condutas tomadas.

É importante ressaltar que este é um modelo diretivo para sistematizar as anotações de enfermagem do setor, que deve ser flexível, e adaptar-se às situações do cotidiano da enfermagem e diversidades clínicas e cirúrgicas. Isto o torna bastante adequado ao serviço no CTI, pois na medida que as diretrizes forem seguidas as adaptações serão realizadas com critério.

5.4. IMPLANTAÇÃO

O modelo proposto com diretrizes para anotação de enfermagem no CTI-HC deve ser implantado após o treinamento da equipe de enfermagem conforme cronograma.

A primeira etapa consiste no treinamento das enfermeiras responsáveis pelas equipes, realizado pela autora deste trabalho em conjunto com a chefia da unidade.

A segunda etapa será o treinamento da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem pelas enfermeiras já treinadas, cada uma responsável por sua equipe na multiplicação do treinamento.

(APÊNDICE 1)

O instrumento norteador (APÊNDICE 2) será submetido a adequações conforme necessidade após os treinamentos, aceitando as sugestões dos profissionais treinados.

O modelo será incorporado nos livros de POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) do setor e ficará disponível para consulta em qualquer momento na unidade, além do instrumento guia ser fixado nas pranchetas de anotação de enfermagem.

O monitoramento das anotações será realizado periodicamente pela chefia da unidade, por meio de auditorias e discussões de casos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comunicação é uma habilidade imprescindível no cotidiano da prática profissional de enfermagem, no cuidado do paciente e no relacionamento com toda a equipe multiprofissional.

Quando se fala em anotação de enfermagem ressalta a necessidade dessa habilidade de comunicação na transmissão de mensagens escritas claras e objetivas, que garantam o acesso a toda a equipe e a qualidade no cuidado.

Esse projeto traz uma reflexão sobre a maneira como os profissionais estão realizando os registros de enfermagem e como deveriam realizar. Demonstra a importância desses registros para o cuidado do doente, o processo de trabalho de toda a equipe e também para um crescimento enquanto categoria profissional.

Propõe, portanto, um modelo diretriz de anotação de enfermagem para o CTI-HC-UFPR e realiza o treinamento das equipes, objetivando o desenvolvimento dessa habilidade comunicativa da equipe de enfermagem e a conseqüente garantia do planejamento do cuidado assistencial.

Espera-se que com essas mudanças nos registros de enfermagem a comunicação escrita de toda a equipe multiprofissional do CTI-HC cresça em qualidade e haja grande redução nos déficits informativos.

Espera-se também que com um modelo direcional a equipe de enfermagem sinta-se mais segura e embasada para registrar os

acontecimentos do plantão sem perder informações importantes para a equipe.

Assim, recomenda-se para a unidade manter educação continuada periódica e sistemas de auditoria de registros, com o objetivo de melhorar as escritas e garantir a manutenção da sistematização.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul: 2000.

ANDRADE, J.S. et al. A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.17, n.3, p.311-5, 2004. Disponível: http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_3/res9.htm. Acessado em: 29.10.2010

ASSESSORIA DE MARKETING HC-UFPR. A história do hospital de clínicas. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/Templates/informacoes/historia/historia.html> Acesso em: 20.11.2010

BAUMANN, G. **Implicações ético-legais no exercício da enfermagem**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1999.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7498/86 que dispõe sobre o exercício de enfermagem.

BRUNNER, L S, SUDDARTH, DS. **Tratado de Enfermagem Médico. Cirúrgica**. v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAIXEIRO SMO, DARGAM B, THOMPSON GN. Comunicação Escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. **Rev. enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; v16, n2, p.218-23.

CAMPELDELLI, MC; CASTILHO, A. **Processo de Enfermagem na prática**. São Paulo, Ática, 1989.

CANAVEZI, CM et al. **Anotações de Enfermagem. Manual COREN**. São Paulo, 2009.

CARVALHO, CJA. **Análise dos registros de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola**. Ribeirão preto (2005). Tese (mestrado). Universidade de São Paulo.

CIANCIARULLO, T. I. et al (Orgs.) **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 2007. Disponível: www.portalcofen.gov.br. Acesso em: 23/08/2010

COELHO, EOE; EMERICK, TO; SANTOS, TVC. Pesquisando a comunicação escrita dos serviços de enfermagem em periódicos das bases eletrônicas de

dados: um estudo sobre o estado da arte. **Rev. Meio Amb. Saúde**. 2007. V2, n1, p.112-122.

DALRI, MB. Aspectos éticos das anotações de enfermagem nos procedimentos de doação de órgãos para transplantes. **Rev. Esc. Enf. USP**. V33, n3, p 224-30, 1999.

DOBRO, E. R. H. et al. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.3, p. 255-261, 1998.

FERREIRA, RV. et al. Importância da comunicação e respeito entre enfermeiro e paciente, relacionado à invasão da privacidade. **Revista Científica da FAMINAS** - Muriaé - v. 3, n.1, sup. 1, p. 314, jan.-abr. 2007. Disponível: http://www.faminas.edu.br/enicv/arquivos/trabalhos_anteriores/enic3/csa/CSA002_enic3.pdf. Acesso em: 05.08.2010

GONÇALVES, VLM. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo, TI et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo, Ícone, 2001.

KRON, T, GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem aos pacientes**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo, EPU, 1991.

LAKATOS, EM. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisas bibliográficas, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**/ 6ed, São Paulo: Atlas, 2001

LEIFERT, RM, KANAZAWA, C. Homologado pelo Conselho Federal de Enfermagem pela decisão COFEN nº019/2000 de 13 de março de 2000.

MAMEDE, MV, CARVALHO, EC, CUNHA, AP. **Técnicas de Enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1984.

MASSAD, E, MARIN, HF, AZEVEDO, NRS. **O Prontuário do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médicos**. São Paulo. FMUSP/UNIFESP/OPAS, 2003. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/oicr/pages/arquivos/prontuario.pdf>. Acesso: 04.10.2010

MATSUDA LM, SILVA DMPP, ÉVORA YDM, COIMBRA JA. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem** [periódico on-line], 2006. V8, n3, p. 415-421 Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a12> Acesso: 15/08/2010

OCHOA-VIGO K, PACE AE, ROSSI LA, HAYASHIDA M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2001; v35,n4,p. 390-8.

OGUISSO, T; Schmidt, MJ. **O exercício da enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, PS. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.07,n.01,p.54-63,2005 Disponível: www.fen.ufg.br/revista.htm. Acesso em: 03/09/2010.

OLIVEIRA, PS; NÓBREGA, MML; SILVA, AT; FILHA, MOF. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 54 – 63, 2005. Disponível: <http://www.fen.ufg.br>. Acesso em: 14/09/2010

PEDUZZI, M; CIAMPONE, MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005

SANTOS, SR, NÓBREGA, MML. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Rev. Latino- Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v12, n3, p 460-8, 2004.

SANTOS, SR; PAULA, AFA; LIMA, JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão preto, v11, n1, p.80-87. 2003.

SEGUI, MLH. **Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário**. Curitiba (2005) Monografia (Especialização, Enfermagem). Centro Educacional São Camilo, Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac.

SETZ, VG; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de Enfermagem no prontuário por meio de auditoria. **Acta paul. enferm.** São Paulo vol.22 no.3 . 2009

SUAREZ, GG, et al. **Anotações de enfermagem – implantação em hospital universitário**. Comissão de Reestruturação da metodologia do cuidado de enfermagem do HC-UFPR. Curitiba, 2001.

YAMASAKI, IS. et al. **Manual de anotações de enfermagem**. Comissão de Reestruturação da metodologia do cuidado de enfermagem do HC-UFPR. Curitiba, 2001

APÊNDICES

APÊNDICE I***Cronograma de Treinamento***

	MANHÃ	TARDE	NOITE 1	NOITE 2	NOITE 3
TREINAMENTO DAS ENFERMEIRAS	06/12/10	07/12/10	06/12/10	07/12/10	08/12/10
TREINAMENTO EQUIPES DE ENFERMAGEM	13/12/10 14/12/10	13/12/10 14/12/10	15/12/10 18/12/10	16/12/10 19/12/10	17/12/10 20/12/10

APÊNDICE II

Admissão	Alta	Diária
Horário	Horário	Nível de consciência
Como chegou	Setor de destino	Respiração/Ventilação
Nível de consciência	Forma de transporte	Dieta
Respiração	Nível de consciência	Dispositivos
Dispositivos	Respiração	Feridas e incisões cirúrgicas
Sinais e sintomas observados	Dispositivos	Eliminações
Feridas e incisões cirúrgicas	Feridas e incisões cirúrgicas	Dor
Condições de higiene	Condições de higiene	Higienização
Procedimentos e cuidados realizados	Procedimentos, cuidados e orientações realizadas	Mudança de decúbito
Assinatura + COREN	Óbito: condições do óbito, assistência. prestada, tempo dos procedimentos e quem constatou o óbito	Intercorrências
	Assinatura + COREN	Assinatura + COREN